



Traverses
en psychiatrie

TRAVERSES

en psychiatrie et autres lieux, qu'en est-il de l'humain ?

Association loi 1901

**STAGE Angers
9 au 11 avril 2014**

AUX RISQUES DE LA CONTRAINTE

**Ouverture du Stage – 9 avril 2014
Docteur Martine Charlery,
Présidente**

Je vais parler de la contrainte dans les pratiques psychiatriques en m'appuyant sur deux sources :

- Le rapport récent de Denys Robillard, député socialiste du Loir et Cher, établi d'après les travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie,
- L'échange mené il y a quelques mois avec C.Vrignon, S. Roy-Pasquier et A. Papin à partir de nos propres pratiques.

Sans doute y avez-vous été sensibles : *Libération* titrait le 26 décembre dernier, au moment de la parution du rapport Robillard : « on assiste à une forte dérive de la psychiatrie ». Ce qui est mis en exergue :

1- **La hausse énorme du nombre d'hospitalisations en psychiatrie sans consentement de la personne,**

plus de 50 % en cinq ans. Ceci est sans doute plurifactoriel, on repère plusieurs ordres de ressorts possibles :

- Le climat sécuritaire, aggravé lors du précédent septennat - comme si maintenant « l'air du temps faisait de la sécurité un principe directeur »... Dina Joubrel le redira sans doute : on va de plus en plus vers la loi et le tout sécuritaire, et de moins en moins vers le lien et encore moins vers le soin – ce climat croissant :
 - la précarisation liée à la crise, précarisation croissante, facteur de fragilité psychique



- la fragilisation aussi du tissu social, la paupérisation des structures associatives chargées de l'accueil et de l'entourage des plus démunis,
- La modification de la clinique, en lien avec les modifications sociétales, depuis une quinzaine d'années, avec une intensification du recours à l'acte comme expression de la détresse psychique,
- La paupérisation de la psychiatrie qui assigne les moyens existants à l'activité d'hospitalisation au détriment du travail de prévention et de soin dans la cité.

2- Au cours des hospitalisations, le développement important des mesures de contrainte : utilisation des chambres d'isolement et de la contention.

J'en rappelle la définition : c'est un procédé thérapeutique qui consiste à restreindre ou maintenir les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit, qui permet de protéger un malade agité ou violent de s'automutiler ou de blesser son entourage. Car oui, il faut parfois protéger nos patients contre eux-mêmes...

« S'il y a un indice pour mesurer la dégradation de la psychiatrie, c'est bien celui-là » nous dit Denys Robillard, qui rappelle que pour le président du SPH « la contention est un indicateur de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie ira mal, plus la contention sera utilisée ».

Les raisons invoquées pour rendre compte de cette évolution sont trois réalités :

- la diminution du nombre de soignants dans les équipes,
- la très forte féminisation de ces équipes,
- le manque de formation des infirmiers (depuis la disparition du diplôme d'infirmier psychiatrique) et des jeunes médecins. Et, pour la référente du collectif psychiatrie de la coordination nationale des infirmiers, « quand une équipe a peur, il est certain que le médecin va prescrire des contentions ». Je ne peux pas m'empêcher ici d'évoquer la terrible dégradation des contenus de formations à beaucoup de niveaux avec la disparition de la psychanalyse, la quasi-exclusivité des approches purement symptomatiques, comportementalistes et biologisantes, la



disparition dans beaucoup d'équipes des espaces de réunion, de pensée collective qui seuls peuvent permettre que les comportements des soignants ne soient pas en miroir de ceux des patients...

On va revenir tout à l'heure aux bénéfices d'une contrainte nécessaire et pensée, mais le citoyen Denys Robillard peu à juste titre s'étonner que dans certains hôpitaux il y ait un recours très fréquent à la contention, et pas dans d'autres. Le monde de la psychiatrie doit affronter cette question. Jean-Marie Delarue, le contrôleur général des lieux de privation de liberté insiste sur « les fortes différences de régime qui peuvent exister entre les unités dans un hôpital déterminé ». Ces unités correspondent le plus souvent aux secteurs ; ce ne sont donc pas les types d'affection qui vont déterminer le régime (plus ou moins de contention), mais la volonté du responsable d'unité qui va définir un régime particulier. Aucune raison ne justifie de telles différences car, s'agissant du droit des malades, les régimes doivent être identiques sauf si la nature de la maladie s'y oppose.

Ces mesures de contrainte doivent donc être extrêmement encadrées, utilisées comme des solutions de dernier recours : relevant d'une prescription médicale individuelle, prescrits pour une durée limitée, avec une sédation médicamenteuse suffisante pour que le patient ne souffre pas trop des conditions d'isolement et de contention. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'un protocole de surveillance strict. C'est loin d'être le cas partout.

Ces faits renvoient donc la responsabilité des abus du côté des soignants ; mais l'analyse ne doit pas être simpliste, le même contrôleur des lieux de privation de liberté avait relaté il y a deux ans que dans certains services, les patients lui avaient rapporté que leur esseulement dans la journée, du fait de la faiblesse des effectifs soignants, était si insupportable qu'ils faisaient ce qu'il fallait pour aller en chambre d'isolement, où ils étaient sûrs d'avoir un contact avec les soignants au moins toutes les heures (du fait du protocole).

Par ailleurs cette enquête justement critique ne doit absolument pas faire oublier que la contrainte de la maladie mentale s'accompagne souvent d'une diminution de la capacité à demander de l'aide : alors, il ne s'agit pas seulement d'accueillir les patients, « la société doit les prendre fermement par la main pour permettre le traitement d'autorité qui est d'abord le seul possible ». Je vous renvoie à la lecture, dans le dernier numéro de *Souffles*, des articles



des Docteurs Mireille Quintard et Bernard Odier qui développent cela très clairement et de façon très accessible.

En contrepoint, notre échange avec Anne, Sophie, Catherine a fait émerger deux ordres de réflexion :

- comment la contrainte (de la chambre d'isolement par exemple), peut être une pratique de soins,
- et combien est importante la prise de conscience des contraintes qui s'exercent sur les soignants eux-mêmes.

Nous avons le désir de faire exister à vos yeux peut-être un peu autrement la pratique de la chambre d'isolement, qui nous paraît être aussi « une machine à fabriquer de l'imaginaire », un imaginaire où se précipitent pêle-mêle les représentations communes concernant le sadisme des soignants, leur paresse, leurs comportements primaires.

Au contraire, le professionnalisme des soignants dans ces moments très particuliers où une contrainte salutaire doit s'exercer est impressionnant (il nous arrive de devoir être une douzaine pour contenir un adolescent en proie à une extrême agitation violente) : au contraire de la perception que l'on pourrait en avoir de l'extérieur, il y a le plus souvent absence de sadisme justement, présence solide, juste distance, paroles de réassurance. Cet acte n'est pas posé pour faire taire le patient, mais justement pour arrêter le mouvement déchaîné et ouvrir le chemin à la parole possible.

Nous avons évoqué une séquence où une adolescente, qui avait de fréquents accès de violence physique, et avait blessé de nombreux soignants de l'équipe sur des mois et des mois, a été accueillie dans notre chambre d'isolement (que nous appelons plus volontiers « de sécurité » ou « de soins intensifs ») pendant une semaine. Un jour après l'autre, avait lieu un long entretien avec les soignants qui avaient été le plus sérieusement blessés. On cherchait à ce que puisse se faire, naître, entre eux et elle, le récit de chaque passage à l'acte, ce qui l'avait précédé, le vécu de chacun, puis le scénario d'une possible réparation. Cette épreuve de nomination (car ce fut une épreuve aussi bien pour les soignants que pour notre patiente), faisait exister une contrainte de la parole plus forte que la violence. Nous ne cédions pas



Traverses
en psychiatrie

TRAVERSES

en psychiatrie et autres lieux, qu'en est-il de l'humain ?

Association loi 1901

devant la difficulté, parce que nous tenions que la vie c'est cela : retrouver la possibilité d'être en lien de parole. Cette semaine fut un tournant dans sa prise en charge. Il n'y eut plus jamais d'agression physique.

Nous avons dit que cela avait représenté aussi une contrainte pour les soignants : en effet, il n'est pas si simple de parler des choses qui nous ont attaqué – d'évoquer les moments où l'on a été impuissant, où on a pu perdre contenance, perdre la face. Il y a bien souvent un soupçon sur nous-mêmes : qu'est-ce que j'ai suscité chez l'autre pour qu'il en arrive à m'agresser ? J'y suis sûrement pour quelque chose... Ces pensées rejoignent à l'intérieur de chacun des fantasmes (battu/être battu) forgés dans l'histoire infantile, archaïque, sur laquelle certains sont peu prêts à revenir. Et puis, sur le plan plus général, héberger en soi les effets de la souffrance des patients ne pas la leur renvoyer telle quelle, est lourd et risqué... on a souvent le sentiment de n'en faire jamais assez... Sophie dans notre échange, nous confiait qu'à chaque retour de vacances, elle éprouvait physiquement cela : devoir ré-endosser une lourde charge de souffrance, de misère – on partage réellement quelque chose de la douleur des êtres que nous soignons – c'est d'abord leur maladie qui est une contrainte... elle nous contraint aussi, et nous pousse à nos limites... Une autre contrainte c'est de devoir s'articuler aux limites des autres membres de l'équipe, que nous n'avons pas choisis !

Une posture soignante qui permet de faire vivre aussi la contrainte qui soigne, se forge dans une pratique institutionnelle précise : il s'agit, jour après jour, de mettre en place les conditions d'une libre parole avec la possibilité de dire ses peurs, les vulnérabilités, jusqu'à la haine, de laisser interroger sa pratique sans inquiétude, d'interroger celle des autres sans destructivité, d'analyser les défaillances de l'équipe en lien avec son histoire. Cette posture « bien-traitante » de l'humain est celle de l'être, elle ne s'écrit pas dans des protocoles qui nous protégeraient des incertitudes. Elle peut tout juste être trouvée en soi quand le collectif où l'on est inscrit en transmet le prix infini.

Alors, le rapport Robillard demande de constituer un registre administratif dans chaque établissement, recensant les mesures d'isolement et de contention prises et précisant l'identité des patients, le médecin prescripteur, les dates et heures de début et de fin des mesures, le nom et la qualification du personnel ayant surveillé leur mise en œuvre. « Les



Traverses
en psychiatrie

TRAVERSES

en psychiatrie et autres lieux, qu'en est-il de l'humain ?

Association loi 1901

pratiques, au minimum, doivent être explicitées » dit-il. Certes... on installera par là un cadre limitant la maltraitance. Mais toute procédure peut avoir ses effets pervers : ainsi dans notre hôpital, devant l'augmentation des mises en chambre d'isolement en psychiatrie générale, le Directeur du Service de Soins Infirmiers, qui avait bien sûr participé à la mise en œuvre des protocoles devant les sécuriser, se demande maintenant si légiférer ne légitime pas ce qui se passe, ouvrant la possibilité de pratiques systématiques de certaines équipes !

Rien ne pourra jamais remplacer la vivance d'une équipe, qui nécessite des soins sans relâche, et ces soins ne sont autres que ceux que nous essayons de promouvoir ici à Traverses.